

Creencias maternas, prácticas de alimentación y estado nutricional en niños Afro-Colombianos

Beatriz Eugenia Alvarado, Rosa Elizabeth Tabares, Helene Delisle, Maria-Victoria Zunzunegui

Grupo Antropacífico. Unidad de Epidemiología Clínica. Universidad del Cauca. Popayán, Colombia, Département de Nutrition. Université de Montréal. Montréal, Québec, Canadá. Département de Médecine Sociale et Préventive. Université de Montréal. Montréal, Québec, Canadá

RESUMEN. Este estudio describe las creencias y prácticas de la alimentación infantil, y su relación con el estado nutricional de niños de 6 a 18 meses. Se combinaron datos etnográficos y epidemiológicos. Se recolectó información de la dieta mediante un cuestionario de frecuencia de alimentos. Se realizaron 9 grupos focales, y 5 entrevistas a profundidad en madres de menores de 2 años. Nuestros datos muestran una prevalencia de desnutrición aguda, 2.6% (<-2DE peso-para-talla), y una prevalencia de 9.8% de desnutrición crónica (<-2DE talla-para-edad). Las prácticas se caracterizan por el inicio universal de la lactancia, un promedio de duración de 10 meses e introducción temprana de alimentos (promedio 3 meses). La práctica de la lactancia se considera una norma cultural. El destete se asocia a nuevos embarazos, escasez de la leche o a efectos negativos del amamantamiento en la salud de la madre. La introducción temprana de alimentos y el uso de biberón son valorados positivamente por las madres por sus efectos sobre el estado nutricional y la adaptación del niño a la dieta familiar. El inicio de la alimentación complementaria después de los 4 meses, la calidad del primer alimento introducido, y la diversidad de la dieta complementaria predicen mejor estado nutricional ($p < 0.05$). En conclusión, la falta de conocimiento básico nutricional y algunas creencias erradas llevan a que al menos 50% de las madres tengan prácticas de alimentación inadecuadas. Se sugiere concentrar nuevas intervenciones en las creencias que limitan las buenas prácticas

Palabras clave: Prácticas de alimentación, estado nutricional, lactantes, Afro-Colombianos.

SUMMARY. Maternal beliefs, feeding practices and nutritional status in Afro-Colombian infants. This study describes maternal practices and beliefs on children feeding and their relationship with nutritional status of Afro-Colombian children aged 6 to 18 months. We combined ethnographic and epidemiological data. We collected information using a food frequency questionnaire. Nine focus groups and 5 deep interviews to mothers of children less than 2 years of age were performed. Our data showed a prevalence of wasting of 2.6% (< -2 SD weight-for-length) and prevalence of stunting of 9.8% (< -2 SD height-for-age). These practices are characterized by a universal onset of breastfeeding, that lasted 10 months in average, and an early introduction of complementary food (mean: 3 months). Breastfeeding is a cultural norm. Weaning is related to new pregnancy, to low milk production and to negative effects of breast process on mothers' health. Early complementary feeding and bottle-feeding are highly valued due to their positive effect on nutritional status and adaptation of children to adult-type diets. The introduction of complementary food after 4 months, the quality of the first food introduced and the diversity of complementary food predicted better nutritional status ($p < 0.05$). We conclude that nutritional illiteracy and mothers' erroneous beliefs result in 50% of the mothers having inadequate feeding practices. We suggest focused interventions on those beliefs limiting good practices.

Key words: Feeding practices, nutritional status, infants, Afro-Colombian.

INTRODUCCION

La etnia afro-colombiana constituye el 18.1% del total de la población colombiana. El 12% (991.661 habitantes) habita en la Costa Pacífica, y posee una identidad cultural única que conserva cierta homogeneidad en toda esta región geográfica (1). Los datos de la Encuesta de Demografía y Salud de Colombia (EDS) del año 2000 (2) indican que la Costa Pacífica Colombiana presenta la prevalencia más baja de desnutrición crónica en preescolares en Colombia (9.8%, IC95%: 1.8-17.8%), con los promedios más altos de duración de la lactancia materna (14 meses) y de lactancia exclusiva (3 meses) (2). Estos datos indican que dichas prácticas de alimentación

podrían estar afectando de manera positiva el estado nutricional en menores de 2 años. Sin embargo, no se han publicado estudios que describan las normas culturales o creencias que influyen en las prácticas de alimentación de las comunidades afro-colombianas. Aun menos se conoce sobre las relaciones existentes entre tales prácticas con el estado nutricional. En este trabajo describiremos las creencias acerca de la lactancia, el destete y la alimentación complementaria, a partir de los análisis de entrevistas a madres de niños menores de 2 años en una comunidad negra de la Costa Pacífica Colombiana. Mediante encuestas estructuradas determinaremos la frecuencia de las prácticas alimentarias y el estado nutricional de los niños de 6 a 18 meses de edad. Una vez las relaciones

entre las practicas y el estado nutricional infantil sean demostradas, nuestros resultados servirán para el monitoreo del estado nutricional de estas comunidades y el desarrollo de intervenciones en salud publica tendientes a fortalecer o modificar las practicas de alimentación en la población menor de 2 años.

METODOS

Diseño

Se combinaron métodos cualitativos y cuantitativos. La información obtenida a partir de grupos focales y entrevistas en profundidad fue triangulada con los datos obtenidos en un cuestionario estructurado. El estudio fue aprobado por el Comité de Etica de la Universidad de Montreal, Canadá, y el Comité de Etica de la Organización Panamericana de la Salud.

Area de estudio

Se estima que para el pacífico colombiano el promedio de escolaridad es de 3.8 años en los hombres y de 4.5 años en las mujeres, con 51% de analfabetismo, y casi 30% de la población sin acceso a servicios sanitarios adecuados (2). La población afro-colombiana que reside en esta región constituye el legado de dos siglos de esclavitud. Provenientes del Africa, las poblaciones negras en Colombia se asentaron en las zonas del pacifico donde trabajaron en actividades predominantemente de explotación minera (3). Con la abolición de la esclavitud, la mayoría de la población se asentó principalmente sobre las laderas de los ríos perpetuando las actividades de producción del sistema esclavista: minería, pesca y agricultura. Actualmente, el contexto social, económico y cultural de las cabeceras urbanas de la costa pacífica combina los sistemas tradicionales con influencias culturales de la mayoría mestiza del interior del país. Nuestro estudio se realizo en la cabecera urbana del municipio costero de Guapi. El área del municipio cubre alrededor de 2885 km², se localiza a una altitud de 50 metros sobre el nivel del mar, y su clima se caracteriza por ser húmedo tropical con una temperatura promedio de 29°C. La población del municipio se calcula en 30.000 habitantes, 18.000 de ellos habitando en el casco urbano. La cabecera urbana de Guapi toma el nombre del río donde se encuentra. El acceso a Guapi solo es posible por mar o aire. La cabecera urbana cuenta con un hospital de nivel básico de atención (consulta, urgencias primarias y programas de prevención y promoción) y varias pequeñas clínicas privadas. Las concepciones mágicas de la enfermedad predominan en la cultura guapireña, y varios médicos tradicionales y curanderos participan en la atención de partos, prevención y manejo de enfermedades en los niños (4,5).

Recolección de datos

La información cuantitativa del estudio fue recogida entre marzo y octubre de 2002. Las mujeres que habitaban los 20

barrios de la cabecera urbana fueron censadas e invitadas a participar sí: 1) tenían niños en edades entre los 6 y 18 meses, y 2) si residían de manera permanente en el casco urbano. Ciento noventa y tres (193) mujeres dieron consentimiento informado, fueron entrevistadas en su domicilio entre julio y octubre, y tuvieron datos completos (89% del total de madres censadas). El cuestionario con 7 secciones fue probado antes del inicio del estudio. Se realizaron dos visitas a cada una de las madres; en la primera se recogía información sobre las características demográficas, condiciones de vida, soporte social, y salud materno-infantil. En la segunda visita, se interrogaba sobre las prácticas de alimentación y se realizaba la medición de la talla y el peso del niño. Las entrevistas fueron realizadas por mujeres de la región, escolarizadas y previamente entrenadas. Los datos para este trabajo proceden de la segunda visita.

Los datos cualitativos fueron recogidos a través de 9 grupos focales con madres de niños menores de 2 años de edad asistentes a programas comunitarios de salud. Los grupos estuvieron conformados, en promedio, por 7 madres con edades entre los 16 y los 35 años, pertenecientes a los 20 barrios que conforman el área urbana. Las entrevistas fueron realizadas por dos de los investigadores (BEA, ET) y grabadas en medio magnetofónico previa autorización verbal de las madres. Además, se realizaron entrevistas a profundidad con 5 mujeres de la población con edades entre los 20 y 40 años, seleccionadas por sus labores como parteras y conocedoras de la medicina tradicional. Para la realización de las entrevistas se utilizó una guía consistente con la reportada por Scrimshaw & Hurtado (6). Las guías contenían los siguientes temas: la alimentación del niño al nacer, la alimentación después del nacimiento, la cual a su vez se dividía en 5 subtemas: edad de inicio alimentos, comidas durante el amamantamiento, comidas del destete, diferencias en la alimentación entre niños y niñas y funciones de la comida; y finalmente los principios que guiaban el sistema de alimentación tradicional. En este artículo se hace referencia especialmente a las practicas después del nacimiento. Los datos fueron transcritos e interpretados por dos investigadores (BEA, ET) de manera independiente, siguiendo la guía temática.

Variables

Practicas de alimentación

Se determinó en todas las madres entrevistadas el patrón de alimentación durante los primeros 6 meses de vida del niño de acuerdo a: sí se realizo lactancia exclusiva o predominante, se introdujo leche artificial, alimentos semisólidos o sólidos o sí se suspendió la lactancia. Las definiciones de Piwoz et al fueron utilizadas (ver Tabla 1). Igualmente se interrogó sobre la edad de inicio de la alimentación complementaria (cualquier alimento o liquido diferente a la leche

materna o a leche de vaca en polvo reconstituida), el primer alimento introducido y el uso de biberón. La practica de lactancia actual se estableció por el reporte de frecuencia en las últimas 24 horas. La variable mostró una distribución asimétrica y fue categorizada para los análisis en: no-lacta, lacta menos de 10 veces al día (primero y segundo cuartil) y lacta más de 10 veces al día (tercero y cuarto cuartil). Adicionalmente, se midió la alimentación complementaria con un cuestionario de frecuencia de alimentos elaborado a partir de las tablas alimentarias de una población del pacífico colombiano (8). El cuestionario de frecuencia de alimentos indagaba sobre la frecuencia de consumo en la última semana (nunca, menos de 2 veces por semana, de 2 a 4 veces por semana, de 5 a 7 veces por semana) de 21 grupos de alimentos. Los grupos de alimentos fueron reagrupados en 6 grupos y un score de 6 puntos fue creado como sigue: 1) alimentos hechos de granos, cereales y tubérculos; 2) legumbres; 3) derivados de la leche; 4) carnes rojas, pollo, pescado, huevos; 5) verduras y frutas ricas en vitamina A (zanahoria, espinacas, mango, papaya, guayaba); y 6) otros vegetales y frutas (pepino, jugos de frutas). Los grupos de alimentos que los niños consumían más de dos veces por semana se les asignó un valor de (+1) y a los de menos de 2 veces por semana el valor de (+0). Este tipo de codificación ha sido utilizado en otros estudios para medir la diversidad de la dieta (9,10). El número de comidas ofrecidas al niño se codificó como: adecuada (dos veces al día en niños de 6 a 8 meses, tres veces al día en niños de 9 a 12 meses, y más de 4 veces al día en niños de 13 a 18 meses), inadecuada si no cumplía este criterio; y una categoría adicional para aquellos que no recibían ningún alimento (9).

Medición del estado nutricional

La talla del niño fue tomada en posición decúbito supino (11). Un tallimetro de madera con soporte en la cabeza y una base móvil que se frena con el contacto de los pies fue utilizada en todos los niños. La medición fue realizada por uno de los investigadores (BEA) y por dos auxiliares de enfermería previamente entrenadas. Cuatro medidas fueron tomadas en la mayoría de los niños, y se utilizó su promedio para el cálculo de los Z-score. El peso del niño se realizó con una balanza suspendida (Detecto, 25 kg/500gr). La misma balanza fue utilizada en todos los niños y calibrada antes cada toma. El niño fue pesado completamente desnudo en dos ocasiones (11). El promedio de las dos medidas se utilizó para los análisis. La talla y el peso del niño fueron transformados a Z-score según la población de referencia del año 1978 de la Organización Mundial de la Salud (12). Se calcularon los valores Z de talla-para-edad (TPE) y de peso-para-talla (PPT). Se considera desnutrición crónica <-2 Desviaciones Estándar (DE) en el indicador de TPE y como desnutrición aguda <-2 DE en el

indicador de PPT. Los datos de indicadores nutricionales presentaron una distribución normal y fueron tratados de manera continua en nuestros análisis. Modelos de ANCOVA fueron realizados para evaluar las diferencias en el estado nutricional en cada una de las variables que definen las practicas, controlando por la edad del niño, la escolaridad de la madre (años de estudios completados), un índice de posesiones materiales (posesión de nevera, estufa, electricidad, radio y televisor) y las condiciones sanitarias (tipo de sanitario).

TABLA 1
Prácticas de alimentación por sexo. Lactancia, alimentación complementaria y destete

Practicas de alimentación	6 a 11 meses n=108, %	12 a 18 meses n=85,%	Total n=193,%
Alimentación primeros 6 meses*			
Lactancia exclusiva/predominante	3,7	3,5	3,6
Lactancia parcial			
Leche en polvo reconstituida	5,6	4,7	5,2
Sólidos sin leche reconstituida	15,7	17,6	16,6
Sólidos más leche reconstituida	70,4	67,1	68,9
No lactancia/suspendida	4,6	7,1	5,7
Inicio de AC antes 4 meses	54,1	48,8	51,8
Intensidad de la lactancia, frecuencia ultimas 24 horas *			
No	9,3	44,7	24,9
Menos de 10 veces	36,1	20,0	29,0
Más de 10 veces	54,6	35,3	46,1
Puntaje de diversidad de la dieta*			
0	4,6	0,0	2,6
1	5,6	1,2	3,6
2	11,1	8,2	9,8
3	10,2	16,5	13,0
4	29,6	18,8	24,9
5	21,3	34,1	26,9
6	17,6	21,1	19,2
Uso de biberón	74,3	66,7	71,0
Frecuencia de comidas *			
No	4,6	2,4	7,7
Menos de lo adecuado	14,8	30,6	19,2
Adecuado	80,6	66,1	73,1

* $P < 0.05$ para diferencias en las practicas por grupo de edad

a. Lactancia exclusiva: si durante los primeros 6 meses de vida el niño no recibió nada excepto la leche materna. Lactancia predominante si el niño en los primeros 6 meses de vida recibió leche materna más agua, jugos de frutas u otras bebidas no lácteas. Alimentación complementaria parcial a niños que recibieron además de la leche materna algún alimento sólido, leche en polvo reconstituida u otro tipo de leches o semi-sólidos. No Lactancia si no recibieron nunca la lactancia materna y Suspensión de LM si las madres suspendieron la lactancia en los primeros 6 meses de vida (con o sin otros líquidos o sólidos).

RESULTADOS

Creencias y prácticas relacionadas con la alimentación del niño

Lactancia: La práctica de la lactancia materna fue iniciada en todas las madres entrevistadas en los grupos focales. Las razones para su inicio no son muy claras, algunas de las madres reconocen que la leche materna ayuda al desarrollo temprano del niño (gatear o caminar) o es un buen alimento en caso de enfermedad como la diarrea. Otras madres relacionan el contenido de la leche con el estado general del niño, por ejemplo, la leche “balsuda” enflaquece al niño, mientras que la leche “pesada” los engorda y les demora el aprendizaje de la marcha. Muy pocas reconocen sus efectos en el crecimiento. El ideal de la cultura de Guapi es que la lactancia materna debe durar de 18 meses a 24 meses. Las parteras comentan que existía la creencia que las niñas deberían ser alimentadas por menos tiempo que los niños: “las niñas deben alimentarse hasta los 18 meses, mientras que los niños hasta los dos años”. Según sus creencias, las niñas alimentadas con seno por mucho tiempo se volvían de “naturaleza caliente” en la adultez. Las madres relatan que el destete más temprano en las niñas era recomendado por las abuelas, pero que ellas no ponen en práctica esta creencia con sus hijos.

Alimentación complementaria: Para la gran mayoría de las madres, la alimentación complementaria debe iniciarse entre los 3 y 4 meses de edad. Los alimentos preferidos para el inicio son: sopas de pescado, el frijol, los jugos no ácidos como el mango, y frutas como el chontaduro, la papaya, y la guayaba. En menor frecuencia las madres refieren como primer alimento las coladas de plátano, las papillas (esto es muy reciente), el huevo, las masitas (harina de trigo). Aunque no es la norma, algunas madres introducen alimentos sólidos en la primera semana de vida del niño. La alimentación complementaria inicia de manera espontánea en el niño cuando el empieza a “velar” por la comida de los otros miembros de la familia quienes introducen pequeñas cantidades de alimentos con los dedos: “Algunos empiezan a comer temprano, ellos miran comer y se saborean”. Otras madres deciden iniciar los alimentos semi-sólidos y sólidos de manera temprana para que los niños se vayan adaptando a la comida y puedan posteriormente ser alimentados por cualquier miembro de la familia, facilitando en ellas el regreso al trabajo.

El destete: La decisión del destete depende de las condiciones de cada bebe. Por ejemplo: la edad a la que se para o gatea, o la edad a la que se acostumbra a la comida. El destete natural en las madres Guapireñas ocurre cuando los niños “ya coman”, lo que para ellas significa: comer tres o cuatro veces al día, comer todo tipo de alimentos y recibir comida de otros

miembros de la familia. En general se acepta que a los 10 meses muchos de los niños ya comen solos: “Uno ve que empiezan a comer de todo....se lo comen todo, ya están grandes,” “Toman sopita, toma compota, toma jugo.” El destete obligatorio ocurre principalmente en tres condiciones: un nuevo embarazo, escasez de leche o efectos negativos del amantamiento sobre la salud de la madre. En el primer caso, se cree que la leche materna de la mujer en embarazo es “mala” para el niño ya que se asocia con episodios de diarrea y pérdida de peso. Las madres notan que los niños se ponen flaquitos y en muchas ocasiones esa es la prueba que confirma su nuevo embarazo. La escasez de leche es referida especialmente en las madres que lactan por menos de 6 meses. Estas madres refieren que les baja poca leche o que su leche es poco alimenticia: “Yo tengo un problema, hasta los tres meses me baja leche...tengo que meter el tetero aunque no quiera”. “Mi leche es balsuda, no se llenan quedan con hambre”. Finalmente el destete obligatorio también ocurre cuando la madre refiere pérdida excesiva de peso o dolores de espalda: “...toma mucho seno me acaba y me duele la espalda”; “No le puedo dar más por que me duele la espalda. El destete se puede realizar de dos maneras. Algunas madres destetan al niño de manera brusca apretándose el pezón por la noche para dormir con el fin que el niño no succione, o colocándose hierbas en el pezón para que el niño lo aborrezca. La mayoría hacen el destete de manera gradual. Por ejemplo, introduciendo comida de sal en los horarios que le daban pecho, alimentando con leche materna a los niños después del almuerzo, o suspendiendo el seno en las horas del día: “Los niños ya no miran el seno porque están llenos, “Se prepara comida, se les da tetero, cuando ya comen no quieren más el seno”. Las parteras y curanderas comentan que las abuelas tenían la creencia que la combinación de la comida de sal y la leche materna enferma a los niños “los pone flaquitos”, por ello decidían destetar cuando iniciaban la comida de sal.

Uso de biberón: El tetero es altamente valorado dentro de la cultura guapireña. Generalmente se introduce en el primer mes de vida para llenar al niño que no queda completamente satisfecho con la leche materna. En el tetero se introduce inicialmente leches de vaca en polvo reconstituidas y posteriormente se acompaña de frutas o coladas. La imagen cultural del niño sano, es la del niño gordo, y esto para las madres se logra introduciendo el tetero de manera temprana. El tetero facilita el destete más temprano y es una ayuda para las madres que trabajan: “Con el tetero se llenan”, “Empiezo a trabajar y no puedo estar pendiente de ellos, lo dejo con el tetero y después ya no cogen el seno....el destete de los niños que reciben tetero es más rápido, se adaptan a no tener el seno y cuando empiezan a dejar el seno se les da más comida”.

Descripción cuantitativa de la dieta

Los datos de la encuesta de prácticas de alimentación en las 193 madres entrevistadas se relaciona con los datos cualitativos: inicio universal de la lactancia al nacimiento, predominio en los primeros 6 meses de vida de la lactancia parcial con alimentos sólidos y semi-sólidos (85%) y una edad promedio de introducción de la alimentación complementaria a los 3 meses. El primer alimento introducido por las madres es la sopa (72.8%), siguiéndole en orden de frecuencia las bebidas no-lácteas (8.9%) y los alimentos sólidos (7.9%). Las coladas o cereales fortificados como primer alimento fueron reportados por el 5% de las madres. El 74% los niños recibían leche materna en el momento de la entrevista (media de duración: 10 meses; DE: 3.71), con una intensidad promedio en las últimas 24 horas de 10 veces día (DE:3.42). El promedio en el score de diversidad de la dieta fue de 4.1 (DE:1.51), 16% consumían 2 o menos grupos de alimentos, 37.9% entre 3 y 4 grupos y 46.1% entre 5 y 6 grupos de alimentos. El número de comidas ofrecidas para el total de la población, incluyendo la ofrecida en el tetero, tiene un rango de 0 a 13, con un promedio de 4.7 comidas diarias. El uso del tetero es frecuente entre las mujeres de Guapi, 71%, y es una práctica iniciada a temprana edad, 34% en el primer mes, con una edad promedio de inicio a los 3 meses.

Las características de la alimentación en los primeros 6 meses de vida no son significativamente diferentes entre los menores de 12 y los de 12 meses y más (Tabla 1); mientras que en los mayores de 12 meses se presenta disminución en la intensidad de la lactancia materna, aumento en la diversidad de la dieta y disminución en el número de comidas ofrecidas (Tabla 1, $p < 0.05$). Se encontraron algunas diferencias entre niños y niñas. Por ejemplo, los niños son lactados por más tiempo que las niñas, quienes son frecuentemente destetadas después de los 12 meses (55% versus 37%; $p = 0.11$). Las niñas de 6 a 11 meses de edad reciben dieta más diversa que los niños ($p = 0.02$), pero menos diversa que ellos cuando tienen 12 a 18 meses ($p = 0.47$). No se encontraron diferencias entre niños y niñas en los patrones de alimentación en los primeros 6 meses de vida ($p = 0.56$), ni en el uso de biberón ($p = 0.24$), ni en la frecuencia de comidas ($p = 0.30$).

Relación entre dieta y estado nutricional

Los promedios de los índices nutricionales para nuestra población de estudio son inferiores a los promedios de la población de referencia (Tabla 2). Los niños presentan menores promedios de talla-para-edad que las niñas ($p = 0.02$), mientras que no se encuentran diferencias por género en el indicador de peso-para-talla ($p > 0.20$). El estado nutricional de los niños del estudio se deteriora significativamente después de los 12 meses, siendo mayor la proporción de desnutrición crónica en los niños (25%) que en las niñas (17%). La Tabla 3

muestra la distribución de promedios del estado nutricional para cada una de las prácticas estudiadas. Los promedios más bajos en los dos indicadores se encontraron en los niños que no habían iniciado la lactancia materna o la habían suspendido antes de los 6 meses, comparados aquellos lactados parcialmente con alimentos sólidos ($p = 0.11$). Mejores promedios en los dos indicadores se observaron entre los que iniciaron la alimentación complementaria después de los 4 meses. Una correlación positiva entre el score de la dieta con el indicador de talla-para-edad fue encontrada ($r = 0.15$; $p < 0.05$) una vez controlada la edad y la escolaridad de la madre. Mayor porcentaje de desnutrición crónica se observó entre los que consumían una dieta de baja diversidad ($p = 0.12$), aunque el número de casos de desnutrición limita las asociaciones para otras variables. Los análisis ajustados por las condiciones sanitarias y la posesión de sanitario muestran los mismos resultados. En los niños lactados parcialmente y no-lactados en los primeros 6 meses de vida (Tabla 4), la introducción de coladas fortificadas se asocia con mejor estado nutricional, mientras que una asociación contraria se presenta con la introducción de leche de vaca. La introducción de sólidos, coladas no fortificadas y el uso de biberón en los primeros 6 meses no se relacionan con el estado nutricional de los niños de 6 a 18 (Tabla 4).

TABLA 2
Indicadores del estado nutricional por sexo

Estado nutricional	Niñas			Niños			Total
	6-11	12-18	Total	6-11	12-18	Total	
Talla para edad							
Promedio	-0,31	-0,69	-0,46	-0,58	-1,09	-0,80	-0,65
Desviación estándar	0,91	1,04	0,97	0,95	1,13	1,06	1,03
Prevalencia (< -2 DE), %	9,8	16,7	6,9	6,9	25,0	12,3	9,8
Peso para talla							
Promedio	-0,07	-0,49	-0,16	-0,03	-0,69	-0,32	-0,25
Desviación estándar	1,03	0,96	1,04	0,95	0,98	1,02	1,02
Prevalencia (< -2 DE), %	0,0	5,6	2,3	1,7	4,2	2,8	2,6

TABLA 3
Prácticas de alimentación y estado nutricional en niños de 6 a 18 meses

Prácticas de alimentación	Z score Talla-para-edad ^a			Z score Peso-para-talla ^a		
	Me	EE	% ^b	Me	EE	% ^b
Alimentación primeros 6 meses						
Lactancia exclusiva/predominante	-0,64	0,38	28,6	0,14	0,37	0,0*
Lactancia parcial más						
Leche de fórmula o artificial	-0,65	0,32	10,0	-0,46	0,31	0,0
Sólidos sin leche de fórmula o artificial	-0,62	0,18	6,3	-0,44	0,18	12,5
Sólidos más leche fórmula o artificial	-0,61	0,08	9,0	-0,20	0,08	0,8
No lactancia/suspendida	-1,18	0,29	18,2	-0,42	0,29	0,0
Inicio de alimentación complementaria						
Antes de 4 meses	-0,78**	0,10	11,0	-0,39*	0,10	2,0
Entre los 4 y 5 meses	-0,51	0,11	8,6	-0,10	0,10	3,2
AC entre 6-18 meses						
Uso de tetero						
Si	-0,62	0,09	8,0	-0,31	0,08	2,9
Nunca	-0,71	0,14	14,3	-0,23	0,13	1,8
Intensidad de Lactancia						
No lacta actualmente	-0,67	0,16	14,6	-0,25	0,15	6,3
Menos de 10 veces	-0,71	0,14	7,1	-0,36	0,13	0,0
Más de 10 veces	-0,63	0,11	9,0	-0,19	0,11	2,2
Diversidad de la dieta^c						
Primer tercil	-0,75	0,14	14,3	-0,23	0,14	3,6
Segundo tercil	-0,61	0,11	9,6	-0,29	0,11	3,6
Tercer tercil	-0,55	0,14	5,6	-0,18	0,14	0,0
Frecuencia de comidas						
No ofrece	-0,66	0,38	14,3	-0,03	0,44	0,0
Menos de lo adecuado	-0,56	0,16	9,5	-0,37	0,18	4,8
Adecuado	-0,67	0,08	4,4	-0,23	0,10	2,1

* p < 0,05; ** p < 0,10 - > 0,05. a. Todos los datos ajustados por edad y escolaridad de la madre. b. Proporción < -2DE. c. Los terciles fueron calculados por grupos de edad: 6 a 8 meses, 9 a 11 meses y 12 a 18 meses.

TABLA 4
Prácticas de alimentación y estado nutricional en niños parcialmente lactados, los que suspendieron antes de 6 meses y los que no iniciaron lactancia materna

Prácticas de alimentación	Z score de Talla-para-edad ^a			Z score de Peso-para-talla ^a		
	Media	EE	% ^b	Media	EE	% ^b
Primeros 6 meses						
Cereales fortificados						
No	-0,72*	0,08	10,1	-0,32**	0,08	3,4
Si	-0,24	0,19	3,8	-0,04	0,19	0,0
Leche de vaca (no tratada)						
No	-0,59*	0,08	7,7**	-0,22**	0,08	1,9*
Si	-1,04	0,22	19,0	-0,62	0,21	9,5
Alimentos sólidos						
No	-0,83	0,18	8,8	-0,22	0,08	2,8
Si	-0,59	0,09	9,2	-0,43	0,17	2,9
Coladas no fortificadas						
No	-0,75	0,10	6,3	-0,38**	0,10	2,5
Si	-0,54	0,11	11,3	-0,14	0,11	3,1
Sopas						
No	-0,85	0,38	14,3	-0,37	0,23	0,0
Si	-0,63	0,08	8,9	-0,26	0,07	3,0

* p < 0,05; ** p < 0,10 - > 0,05. a. Todos los datos ajustados por edad y escolaridad de la madre. b. Proporción < -2DE.

DISCUSION

Hallazgos principales

La mayoría de las recomendaciones en alimentación para la población infantil han sido el resultado de estudios epidemiológicos que han mostrado los efectos positivos de algunas prácticas de alimentación en la salud y crecimiento infantil (13-15). Nuestro estudio soporta el efecto positivo sobre el estado nutricional de la introducción tardía de la alimentación complementaria (16,17), de la introducción de alimentos de buena calidad (18,19) y del consumo de una dieta alta en diversidad (20-22). Aunque las diferencias en el estado nutricional entre los niños lactados de manera exclusiva o entre aquellos que continuaron la lactancia después de los 6 meses no fueron significantes, análisis posteriores a este documento muestran efectos a largo término de la lactancia exclusiva sobre el indicador de talla para edad y un efecto positivo en la ganancia en talla (23). Las condiciones sociales precarias de las poblaciones del pacífico colombiano, representadas en nuestra población de estudio, podrían explicar el exceso de 7.3% de desnutrición crónica; mientras que la prevalencia de desnutrición aguda (2.6%) parece explicarse por la frecuencia de enfermedades infecciosas (especialmente parasitosis intestinales) que empiezan en el periodo de destete, y que explicarían la proporción de desnutrición aguda mayor en el grupo de 12 a 18 meses (24).

El principal aporte de este estudio se relaciona con el papel que juega la cultura y las condiciones sociales en las razones para alimentar los niños con seno, destetarlo o iniciar la alimentación complementaria, como otros autores lo han sugerido (25,26). Nuestros datos muestran que la mayoría de los comportamientos acerca de la alimentación del niño se establecen como normas culturales o costumbre arraigadas en las mujeres de esta región; mientras otras prácticas están ligadas a las condiciones sociales de las mujeres en Guapi.

Por ejemplo, la lactancia materna es una norma cultural en las madres del pacífico, es decir, que a pesar de no tener un conocimiento claro de sus beneficios, la madre tiene una valoración positiva de ella. En esta población se encuentra una alta frecuencia de inicio después del nacimiento y una mayor duración de la lactancia, en relación con los datos que se tienen de zonas urbanas del interior del país (27). El pensamiento africano ancestral y las ideas pronatalistas del siglo XVIII son algunos elementos que pueden estar influenciando esta práctica. Estudios en países africanos muestran promedios de lactancia materna similares al nuestro con introducción temprana de la alimentación complementaria (28). Por otra parte, los propietarios de grandes haciendas con mano de obra esclava negra provenientes de África promovieron entre sus esclavas la lactancia materna para disminuir la mortalidad infantil en los primeros meses de vida (29). Al mismo tiempo las esclavas negras prolongaron la lactancia materna

hasta los dos años con el fin de aumentar el periodo entre el nacimiento de los hijos (29). Igualmente, las diferencias en la alimentación entre niños y niñas parece ser una norma cultura, no explicita (en los grupos focales las madres la niegan) pero practicada (la encuesta lo muestra). En nuestro caso, estas prácticas producen en la cultura guapireña dos condiciones, una al parecer positiva como es una dieta más diversa a más temprana edad en las niñas prediciendo mejores promedios en el indicador de talla-para-edad que en los niños; y otra negativa, que corresponde al destete a más temprana edad en ellas. Estas diferencias han sido reportadas en otros países africanos como Camerún sin diferencias significativas en la proporción de desnutrición (28). Sin embargo, las consecuencias de un destete temprano en ellas a temprana edad pueden tener consecuencias de otro tipo como aumento de la mortalidad o aumento del número de enfermedades infecciosas como se ha reportado para otras poblaciones pobres (15,30).

Por el contrario, el alto inicio temprano de la alimentación complementaria y la baja proporción de lactancia exclusiva de alimentación parecen emerger como respuesta a las condiciones sociales imperantes, repercutiendo de manera negativa en el estado nutricional infantil. Con el predominio de las uniones maritales de hecho o el madre-solterismo, muchas de las mujeres de la zona presentan inestabilidad económica, inseguridad alimentaria y bajo apoyo social (31). La necesidad de establecer una nueva relación que le provea de sustento económico obliga a muchas mujeres a iniciar de manera temprana la alimentación complementaria a fin de facilitar el destete y la búsqueda de un nuevo embarazo. Estudios epidemiológicos han sostenido las relaciones entre las prácticas de alimentación, el status marital y el soporte social de la madre (32,33), con mayor lactancia exclusiva, duración del amamantamiento entre las madres en uniones estables y recibiendo apoyo social positivo. Igualmente el trabajo de la mujer se presenta como una condición determinante en las prácticas en los primeros 6 meses, con mayor uso de tetero y más temprano inicio de la alimentación complementaria entre las madres que relatan trabajar. Estos hallazgos se apoyan en otros estudios en poblaciones latinoamericanas en donde la lactancia exclusiva se ve disminuida por el trabajo de la mujer fuera de casa (34).

Colombia es uno de los países de Latinoamérica con mayor proporción de utilización del biberón los primeros dos años de vida (18). El uso de tetero es una práctica en esta población que se apoya en los ideales del niño gordo, muchas veces favorecido por los medios de comunicación. Para las madres, en los primeros meses de vida el tetero mejora el estado nutricional de los niños y después de los 6 meses de edad facilita el destete. Aunque el uso de biberón se acompaña de mayor frecuencia de consumo de leche (generalmente no adaptada) o uso de coladas (fortificadas/caseras), este no representa ninguna ventaja nutricional como lo piensan las ma-

dres. Al contrario, el efecto positivo sobre el alto consumo de leche se vería disminuido por un aumento en la frecuencia de enfermedades infecciosas, que afectan al niño en el destete, principalmente por la utilización de agua contaminada en su preparación (35).

Aspectos metodológicos

Guapi representa fielmente el escenario de varias comunidades del pacífico colombiano: procesos lentos de urbanización, alta influencia de la cultura del interior, con conservación de muchas de sus costumbres ancestrales, lo cual nos permite sugerir la posible generalización de nuestros datos etnográficos para otras poblaciones negras del pacífico. Los datos cuantitativos fueron recolectados de manera transversal con una alta tasa de participación (89%). Los datos sobre las prácticas de la dieta recolectados de manera cualitativa concuerdan con los datos de la encuesta. Para esta última, la mayor parte de las variables fueron categorizadas siguiendo recomendaciones recientes (9). La variable de diversidad de la dieta fue construida de manera similar a la usada en otros estudios en poblaciones pobres y en las Encuestas de demografía y Salud latinoamericanas. A diferencia de esta última en este estudio no se incluyó, la frecuencia de consumo de comidas con grasa o mantequilla, que hubiera podido constituir el ítem 7 del score. Sin embargo no pensamos que esto hubiera podido afectar los resultados ya que en estas comunidades la preparación del pescado, tubérculos y algunas otras carnes se hace con coco y manteca (36).

CONCLUSIONES

En resumen, nuestros datos sugieren que al menos el 50% de las madres tienen prácticas no acordes con las recomendaciones mundiales como son: la lactancia exclusiva hasta por lo menos los 4 a 6 meses de edad, continuación de la lactancia hasta los dos años e introducción del biberón. Creencias como los efectos negativos sobre el niño de la combinación de alimentos sólidos y leche materna o de la leche materna ante un nuevo embarazo, o los beneficios del biberón en el estado nutricional deben trabajarse en estas poblaciones con intervenciones educativas como la propuesta por la Teoría de la Deviance Positiva (37). Otras creencias pueden fortalecerse: el uso de la lactancia materna frente a episodios de diarrea. Muchas preguntas surgen en la realización de nuestro trabajo: los estilos de alimentación (controlador, estimulante, laissez-faire), el cuidado psico-social durante la alimentación (directa, asistida, estímulo), y los cuidados de higiene (lavado de manos, uso de agua hervida, almacenamiento de alimentos). Con diseños transversales o usando la metodología de deviance positiva (37) se sugiere continuar el estudio de estas prácticas en estas poblaciones. Igualmente, análisis posteriores de los datos de estas poblaciones nos ayudaran a estable-

cer las hipótesis planteadas en este estudio acerca de los efectos de las condiciones sociales sobre las prácticas de alimentación.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen de manera especial a las madres y niños de Guapi que participaron en este estudio. Además a las promotoras y auxiliares que nos colaboraron en la recolección de los datos. Al Dr Julio Cesar Reina por el entrenamiento en mediciones antropométricas y al Dr Jairo Osorno por sus valiosos aportes al protocolo. Este proyecto ha sido financiado por la Organización Panamericana de la Salud- Programa de subvenciones de Tesis de Salud Pública. Referencia: HDP/HDR/RG-T/COL/3146 y por Colciencias, Convocatoria 2001, Plan Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud (código del proyecto: 1103-04-11985).

REFERENCIAS

- Urrea F, Ramirez HF, Viafara C. Perfil sociodemográfico de la población afro-colombiana en contextos urbanos-regionales del país a comienzos del siglo XXI. In: Cauca Ud, ed. I Congreso Nacional sobre la AfroColombianidad. Popayán, Colombia, 2003.
- Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. In: Profamilia, ed. Santa Fe de Bogota: Profamilia, 2000.
- Arocha J. La llegada y los trucos de Ananse. In: Arocha J, ed. Los ombligados de Ananse. Santa Fe de Bogota: Universidad Nacional de Colombia, 1999.
- Burbano R. La construcción de la enfermedad en Guapi. *Antropacifico* 2003;1:149-160.
- Bedoya LM. «Concepciones de las parteras negras sobre el embarazo, parto y puerperio, y cuidados del recién nacido en el casco urbano de Guapi. *Antropología*. Popayán, Colombia: Universidad del Cauca, 2001.
- Scrimshaw SCM, Hurtado E. Rapid assessment procedure for nutrition and primary health care. *Anthropological approaches to improving program effectiveness*. Tokyo: United Nations University, 1987.
- Piwoz EG, Creed de Kanashiro H, Lopez de Romana G, Black RE, Brown KH. Potential for misclassification of infants' usual feeding practices using 24-hour dietary assessment methods. *J Nutr* 1995;125:57-65.
- Minota Y. Validación de un cuestionario semi-cuantitativo de frecuencia de alimentos en Buenaventura. Costa Pacifica Colombiana. Escuela de Salud Pública. Cali: Universidad del Valle, 2000.
- Ruel M, Arimond M. *Measuring Childcare practices*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2003.
- Arimond M, Ruel M. Dietary diversity is associated with child nutritional status: Evidence from 11 Demographic and Health Surveys. *J Nutr* 2004;134:2579-2585.
- Lohman T, Roche A, Fajardo L. *Anthropometric Standardization Reference Manual*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1990.
- CDC. EPI-INFO: Software for Public Health: Center for Disease and Prevention, 2000.
- Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. *Food Nutr Bull* 2003;24:5-28.
- Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2002:CD003517.
- Leon-Cavas N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: A summary of the evidence. Washington, DC: Panamerican Health Organization, 2002.
- Arifeen S, Black RE, Antelman G, Baqui A, Caulfield L, Becker S. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics* 2001;108:E67.
- Kramer MS, Guo T, Platt RW, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003;78:291-5.
- Ruel MT, Menon P. Child feeding practices are associated with child nutritional status in Latin America: innovative uses of the demographic and health surveys. *J Nutr* 2002;132:1180-7.
- Ruel M, Levin CE, Armar-Klemesu M, Morris SS. Good care practices can mitigate the negative effect of poverty and low maternal schooling on children's nutritional status: Evidence from Accra. *World Development* 1999;27:1993-2009.
- Onyango A, Koski KG, Tucker KL. Food diversity versus breastfeeding choice in determining anthropometric status in rural Kenyan toddlers. *Int J Epidemiol* 1998;27:484-9.
- Ruel MT. Operationalizing dietary diversity: a review of measurement issues and research priorities. *J Nutr* 2003;133:3911S-3926S.
- Ruel MT. Is dietary diversity an indicator of food security or dietary quality? A review of measurement issues and research needs. *Food Nutr Bull* 2003;24:231-2.
- Alvarado BE. *Épidémiologie de la croissance infantile : Étude de déterminants sociaux et biologiques auprès d'enfants âgés de 6 à 18 mois en Colombie*. *Medicine Sociale et Preventive*. Montreal, QC: Université de Montreal, 2005.
- Alvarado BE, Vasquez LR. Determinantes sociales, prevalencia y consecuencias del parasitismo intestinal en población lactante en Guapi. *Biomedica* 2003;23:84.
- Moffat T. A biocultural investigation of the weaning's dilemma in Kathmandu, Nepal: do universal recommendations for weaning practices make sense? *J Bios Sci* 2001;33:321-38.
- Sibeko L, Dhansay M, Charlton KE, Johns T, Gray-Donald K. *J Hum Lact*. 21 2005;1:31-38.
- Carrasquilla G, Osorno J, de Paredes B, Soto A, Vasquez C. *Lactancia Materna en zonas marginales de grandes ciudades colombianas. Resultados de la encuesta de conocimientos, actitudes y practicas*. Cali: Fundación para la Educación Superior, 1992.
- Kuate Defo B. *Nutrition et Sante des enfants au Cameroun*. Montreal, Canada: Prince-Patterson LTD, 2001.
- Klein-Herbert S. *La esclavitud africana en America Latina y el Caribe*. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

30. Molbak K, Gottschau A, Aaby P, Hojlyng N, Ingholt L, da Silva AP. Prolonged breast feeding, diarrhoeal disease, and survival of children in Guinea-Bissau. *BMJ* 1994;308:1403-6.
31. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Delisle H. Validación de escalas de seguridad alimentaria y de apoyo social en una población Afro-Colombiana: Aplicación en el estudio de prevalencia del estado nutricional en niños de 6 a 18 meses. *Cad Saude Publica* 2005; in press.
32. Zeitlin M. *Child Care and nutrition: The finding from positive deviance research*. Ithaca: Cornell International Nutrition, 1996.
33. Zeitlin M, Ghassemi H, Mansour M. *Positive deviance in child nutrition: with emphasis on psychological and behavioral aspects and implications for development*: United Nation University Press, 1990.
34. Dearden K, Altaye M, De Maza I, et al. Determinants of optimal breast-feeding in peri-urban Guatemala City, Guatemala. *Rev Panam Salud Publica* 2002;12:185-92.
35. Mortajemi Y, Kaferstein F, Moy G, Quevedo F. Contaminated complementary food: a major risk for diarrhoea and associated malnutrition. *Bull WHO* 1993;71:79-92.
36. Tabares E. Guapi: Identidad y aspectos etnohistoricos del consumo alimenticio. *Antropacifico* 2003;1:48-64.
37. Lapping K, Marsh DR, Rosenbaum J, et al. The positive deviance approach: challenges and opportunities for the future. *Food Nutr Bull* 2002;23:130-7.

Recibido: 31-05-2004

Aceptado: 17-03-2005